

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 67

DE L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE D'ORIGINE BLENNORRAGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand CHAPUIS

né à LA TOUR-DU-PIN (Isère) le 24 Janvier 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

DE L'OPHTALMIE PATRIQUE OU

THÈSE
PRÉSENTÉE
PAR

LEON
BOU
DE GRADUÉ

DE L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE
D'ORIGINE BLENNORRAGIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553205_0040

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 67

DE L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE D'ORIGINE BLENNORRAGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand CHAPUIS

né à LA TOUR-DU-PIN (Isère) le 24 Janvier 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURICQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

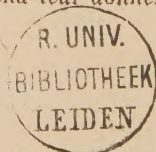
MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président; SANTY, assesseur;
 DUNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA FEMME CHÉRIE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Je dédie ce travail en témoignage
de ma profonde affection..

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET,

Professeur de Clinique ophtalmologique

Chirurgien des Hôpitaux

Membre correspondant

de l'Académie de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a inspiré ce travail et nous a permis, grâce à ses conseils éclairés et à son inépuisable bonté, de faire cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury.

A MES MAÎTRES

A MES Juges

DE L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE D'ORIGINE BLENNORRAGIQUE

CHAPITRE PREMIER

Définition et Historique.

On appelle ophthalmie sympathique la transmission de phénomènes pathologiques généralement inflammatoires d'un œil malade, dit sympathisant, à un œil sain dit sympathisé.

Pour qu'il y ait sympathie, il faut que cette transmission s'accomplisse par des voies intérieures et non par contagion directe, par l'intermédiaire des objets de toilette ou des mains. Ces voies intérieures sont actuellement encore mal connues et elles ont donné naissance à plusieurs théories que nous énumérerons tout à l'heure.

L'ophthalmie sympathique ne semble pas avoir été observée par les médecins de l'antiquité.

Au ^{xiv}^e siècle, le chirurgien DESMOURS semble en avoir rencontré plusieurs, mais un seul cas est véritablement probant.

Vers les ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles, des descriptions plus

ou moins précises de cette maladie commencent à apparaître dans les travaux de quelques auteurs de cette époque (BARTHOLIN, BIDLOO, SAINT-YVES et LE DRAN).

Plus tard, un anglais, WARDROP, qui a observé chez les chevaux une maladie qui se transmet d'un œil à l'autre, pratique l'exentération chez les hommes, comme les vétérinaires l'appliquaient aux chevaux.

MACKENZIE et DE AMMON en relèvent de nouvelles observations, et MACKENZIE, décrivant la maladie d'une façon magistrale, lui donne le nom qu'elle porte aujourd'hui.

Puis, W. COOPER, R. TAYLOR, WALTON, NÉLATON, RONDEAU dans sa thèse, en publient un nombre considérable d'observations.

A partir de 1848, des discussions nombreuses se font au sujet du mécanisme de la sympathisation.

Pour MACKENZIE et AMMON, elle se fait par la voie optique. Pour TAVIGNOT, MÜLLER et DE GRAEFE, c'est par la voie ciliaire, et DE GRAEFE décrit l'iritis séreuse et la chorio-rétinite sympathique. C'est à DE GRAEFE que l'on doit la distinction actuelle entre l'irritation et l'inflammation sympathique.

La connaissance de la voie suivie pour la transmission de la sympathie était évidemment nécessaire à connaître, car de cette connaissance découlait le traitement à appliquer si on voulait éviter l'exentération ou l'énucléation.

Pour LEBER, la voie suivie par l'ophtalmie sympathique était le nerf optique et il attribuait à cette maladie une origine infectieuse.

BERLIN admet l'origine infectieuse, mais admet la voie sanguine comme voie de transmission.

Pour GRÜNHAGEN et RUMPF, après avoir fait des expériences sur le lapin, parlent en faveur des nerfs ciliaires.

DEUTSCHMANN, admettant la théorie infectieuse, injecte dans les yeux des lapins des corps étrangers, des spores de champignons, des microbes, et réalise des altérations de l'autre œil par transmission le long du nerf optique, soit de l'inflammation, soit des agents pathogènes eux-mêmes. Ces expériences répétées par d'autres auteurs ne purent confirmer ces résultats.

D'autres expériences (PANAS) furent faites pour expliquer l'ophtalmie sympathique par une théorie mixte (microbienne et nerveuse). Elles n'apportèrent aucune preuve décisive.

Les exemples d'ophtalmie blennorragique sympathique sont assez rares. GAMA PINTO, dans l'*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie* de 1906, ne parle que de 8 cas antérieurs ; il en a relevé un neuvième qui figure dans les observations que nous avons rapportées.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Tous les auteurs qui ont observé l'ophtalmie sympathique, qu'elle soit d'origine blennorragique ou autre, ne semblent pas d'accord quant à son mode de transmission.

Plusieurs théories ont eu leurs défenseurs ; nous allons essayer de les exposer.

I. — Théorie Vasculaire.

Au Congrès international d'Ophtalmologie de Lucerne, en 1904, Motais présenta des préparations montrant l'existence de communications veineuses entre les yeux, par lesquelles les agents microbiens ou leurs toxines pouvaient passer d'un œil à l'autre à l'occasion d'un effort quelconque : toux défécation.

Pour le cas qui nous intéresse, cette théorie pouvait s'expliquer par le fait que le gonocoque passe dans le sang, (on l'a vu au microscope dans l'endo-

thélium des parois vasculaires), et il peut ainsi, soit libre, soit inclus dans un leucocyte, gagner le sang.

Mais, comme les communications veineuses ne sont pas aussi faciles que le prétend Motais, cette théorie n'eut pas une grande vogue.

II. — Théorie Ciliaire.

En 1848, Tavignot et d'autres auteurs admirent la transmission de la sympathie d'un œil à l'autre par les nerfs ciliaires ; Tavignot avait remarqué la gravité des plaies de la région ciliaire et l'ophtalmie sympathique se caractérise toujours par des lésions importantes de la région ciliaire.

Mooren provoqua des phénomènes congestifs dans l'iris d'un lapin, en irritant par des agents chimiques l'iris de l'autre œil.

Bach et Grunhagen dirigèrent leurs expériences dans le même sens.

D'autres auteurs ayant voulu répéter ces expériences obtinrent des résultats négatifs.

En 1858, H. Mueller remarquait, dans certains cas d'ophtalmie sympathique, une atrophie du nerf optique, alors que les nerfs ciliaires étaient intacts ; il en conclut que l'inflammation devait suivre la voie nerveuse la plus intacte pour se propager du côté opposé.

A. Pagenstecher et A. de Graefe défendirent cette théorie, d'autant plus que cliniquement l'ophtalmie sympathique évolue surtout dans les parties innervées par les nerfs ciliaires. Mais comme l'inflammation sympathique se localise parfois uniquement à

la pupille et à la rétine absolument indépendantes des nerfs ciliaires, cette théorie ne pouvait se soutenir.

III. — Théorie Optique.

Elle eut de nombreux et ardents défenseurs, les yeux ayant des liens communs : les nerfs optiques et le chiasma.

Himly (1843) avait pensé que l'ophtalmie sympathique était provoquée par une névrite se propageant de l'œil malade à l'œil sain, par l'intermédiaire du nerf optique.

Mackenzie, admettant cette explication, en déduisit que « la principale voie par laquelle se produit l'ophtalmie sympathique est l'union des nerfs optiques ; il est extrêmement probable que la rétine de l'œil blessé est dans un état d'inflammation qui se propage le long du nerf optique jusqu'au chiasma, puis l'irritation inflammatoire est réfléchie à la rétine de l'œil opposé, le long du nerf optique ». Il admettait que le rôle joué par les nerfs ciliaires n'étaient que secondaires.

Kniess publia, en 1879, l'observation d'une jeune fille, morte d'une maladie intercurrente, qui était atteinte d'une iritis séreuse double. On découvrait, à l'autopsie, une infiltration cellulaire abondante de la gaine des deux nerfs optiques.

En 1881, Leber se déclarait partisan de la transmission optique de l'infection microbienne. Pour lui, l'apparition des phénomènes sympathiques après l'énucléation s'expliquait par la transmission de l'in-

fection par le nerf optique. Il avait observé quatre yeux sympathisants et chez tous il avait constaté une « prolifération de l'endothélium du nerf optique ».

Snellen observait, à la même époque, des bactéries mobiles dans des yeux énucléés pour ophtalmie sympathique, bactéries qu'il retrouvait jusque dans le nerf optique.

Trois ans plus tard, Deutschmann pensant pouvoir établir l'origine microbienne de l'ophtalmie sympathique, entreprit une série de travaux : il examina vingt yeux. Dix-sept fois, il rencontra des bactéries de diverses formes, cocci ou bacilles, répartis dans le globe oculaire et jusque dans les gaines du nerf optique. Chez un homme atteint d'ophtalmie sympathique et qui mourut d'un néoplasme gastrique, il examina l'œil sympathisé. Il y trouva des bacilles assez courts dans tout le globe oculaire, la papille, les gaines pie-mérienne et arachnoïdienne du nerf optique et dans le chiasma.

Il voulut alors réaliser expérimentalement ce qu'il avait précédemment constaté. Il injecta divers microbes et des spores d'aspergillus dans les yeux de lapins produisant une inflammation interne du globe oculaire qui se transmet à l'œil une semaine après, en donnant une congestion papillaire et rétinienne. Il obtint les mêmes résultats, mais plus rapidement, avec l'huile de croton. L'injection de staphylocoque dans un œil produisait une neuro-rétinite dans l'autre. A l'intérieur des gaines du nerf optique, la présence du pus démontrait la propagation de l'infection par ce nerf.

Il en désuist donc que l'ophtalmie sympathique était de nature microbienne et que sa propagation se faisait par les nerfs optiques et le chiasma.

On ne peut admettre les conclusions de Deutschmann, qui n'a jamais observé l'inflammation sympathique vraie, qui est généralement une uvéite ; il n'a obtenu que des papillites.

Du reste, divers observateurs (Docteur Bussy), ayant cherché à répéter les expériences de Deutschmann, n'ont pu observer de phénomènes sympathiques.

IV. — Théorie Humorale.

On a admis que la destruction du corps ciliaire d'un œil pouvait faire apparaître dans l'organisme des anticorps spécifiques capables de léser le corps ciliaire de l'autre œil. Le sérum du sujet deviendrait ainsi cytolytique vis-à-vis de son corps ciliaire.

Aucune expérience n'est venue, jusqu'à ce jour, prouver la vérité de cette hypothèse.

V. — Théorie Mixte.

En 1880, Berlin prétendit que des germes pathogènes pouvaient être transportés par le torrent circulatoire de l'œil malade vers l'œil sain, sous forme de légères embolies microbiennes.

Schmidt-Rimpler et Panas reprirent cette théorie en la modifiant un peu. Pour Panas, l'ophtalmie

sympathique dépendait de deux facteurs : 1° de l'irritation transmise par la voie des nerfs ciliaires de l'œil sympathisant à l'œil sympathisé ; 2° l'existence dans la circulation générale de microbes ou de toxines provenant soit de l'œil infecté, soit de l'organisme. L'œil sympathisant se trouvant en état de moindre résistance dû à l'irritation transmise par les nerfs ciliaires, serait le *locus minus resistentiæ* où viendraient se fixer les microbes ou les toxines.

Et, pour justifier sa théorie, Panas fit des expériences sur des lapins, mais jamais il ne put obtenir de localisations infeciteuses sur l'œil opposé à celui qu'il irritait.

Cependant, M. le Professeur Rollet et son chef de travaux, le Docteur Aurand, réalisèrent une ophtalmie sympathique expérimentale, rendant ainsi plus rationnelle cette théorie mixte vasculo-nerveuse.

Ils injectèrent dans les gaines de l'œil d'un lapin des cultures homogènes de bacilles de Koch. Quinze jours après, ils constatèrent sur les deux yeux une névrite tuberculeuse. L'examen histologique montra des lésions tuberculeuses dans l'épaisseur de la gaine durale, dans l'espace vaginal, dans le nerf optique et le long des vaisseaux du nerf et même de la péri-névrite. En répétant les expériences, ils obtinrent les mêmes résultats produisant ainsi une véritable ophtalmie sympathique tuberculeuse expérimentale.

La pathogénie de l'ophtalmie sympathique paraît donc encore assez obscure. De tout ce qui précède, on peut déduire qu'elle présente toujours un élément infectieux.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Pour reconnaître qu'un œil est menacé d'ophtalmie sympathique, il faut tout d'abord étudier les manifestations sympathiques. Nous les diviserons en phénomènes réflexes ou irritations sympathiques, et phénomènes inflammatoires constituant l'ophtalmie sympathique proprement dite.

A. — Irritation Sympathique.

L'irritation sympathique disparaît en général avec la cause qui la fait naître et les phénomènes qu'elle produit sont considérés par les auteurs comme de nature purement réflexe.

Ces phénomènes se rencontrent soit sous forme de troubles sensoriels, soit sous forme de troubles sensitifs, moteurs et vaso-moteurs.

1° *Troubles sensoriels.* — Dans l'irritation sympathique, on observe des troubles phosphéniques, ca-

ractérisés par la facilité avec laquelle les phosphènes se produisent et par la durée de leur persistance. Un simple mouvement de tête suffit pour faire apparaître des anneaux colorés, une sensation subjective de lumière, un scotome scintillant analogue à celui de la migraine ophtalmique. Chez certains malades, on a signalé la perception de mouches volantes.

L'amblyopie sympathique est un deuxième phénomène sensoriel de l'irritation sympathique, amblyopie curieuse, de durée très variable ; l'œil qui en est le siège peut perdre la vision pendant quelques minutes seulement ou, d'autres fois, l'amblyopie peut s'installer d'une façon définitive (De Graefe, Greef, Jacobson) et coexister avec un rétrécissement périphérique considérable du champ visuel (Brecht).

L'examen du fond de l'œil présentant de pareils phénomènes le montre normal dans sa région papillaire et sa région maculaire.

Ces troubles sensoriels disparaissent en général toujours à la suite de l'énucléation, tantôt rapidement, tantôt lentement.

Greef a observé chez un malade la disparition immédiate de tous les phénomènes d'irritation sympathique à la suite de l'occlusion sympathisante.

Pour terminer l'énumération des phénomènes sensoriels d'irritation sympathique, citons la photophobie, qui s'accompagne bien entendu d'un blépharospasme plus ou moins considérable.

2° *Troubles moteurs.* — Ce sont des troubles asthénopiques ; il n'y a pas de disparition complète de

l'accommodation, mais de la parésie plutôt que de la paralysie accommodative. Cette parésie semble être pour de nombreux auteurs un signe précurseur de l'ophtalmie sympathique. Les malades ne peuvent se livrer à aucun travail suivi, les verres convexes qu'on leur applique ne donnent pas de résultat, à cause des autres manifestations concomitantes d'irritation.

En outre, on a observé (Lindsay, Johnson) un véritable clonus du muscle ciliaire et un myosis rebelle à l'atropine (Pegenstecher).

3° *Troubles sensitifs.* — Observés soit pendant un effort d'accommodation, soit pendant que l'œil est au repos, ils sont constitués par des douleurs qui intéressent la région péri-orbitaire. Le muscle ciliaire peut lui-même devenir douloureux ou les malades accuser une sensation pénible de tension intra-oculaire.

L'existence de ces phénomènes douloureux a été constatée chez les malades ne présentant aucun trouble asthénopique et ne peuvent être confondus avec ceux que l'on observe chez les hypermétropes, qui se livrent à un travail un peu long à courte distance.

4° *Troubles vaso-moteurs.* — Ils consisteront en vaso-dilatation souvent considérable observée sur les vaisseaux de la conjonctive et en glaucome sympathique excessivement rare. (Une observation à peu près certaine, Dobrowsky.)

5° *Troubles sécrétoires.* — Ils apparaissent surtout à l'occasion d'un effort d'accommodation ou d'une vive

impression lumineuse et se traduisent par une hyper-sécrétion lacrymale.

B. — Inflammation Sympathique.

Au point de vue anatomique, l'ophtalmie sympathique est caractérisée par une infiltration cellulaire de l'endothélium postérieur de la cornée, des lésions de la choroïde, des dépendances ciliaires et iriennes de l'uvée et parfois aussi de la papille et du nerf optique.

Cependant, l'ophtalmie sympathique proprement dite se manifeste cliniquement sous les formes les plus diverses, mais par suite de la prédominance des lésions aux tractus uvéal, à la papille, à la rétine, il est classique de l'étudier sous ses deux formes principales :

L'irido-cyclite sympathique ;

La papillo-rétinite sympathique.

a) IRIDO-CYCLITE SYMPATHIQUE. — Elle se présente sous deux formes : forme séreuse et forme plastique.

1° *Forme séreuse.* — C'est la forme la plus bénigne de l'ophtalmie sympathique. L'infiltration séreuse est surtout prononcée à l'insertion de l'iris et aux parties avoisinantes du corps ciliaire. Et les examens histologiques de Kniess ont montré qu'elle est généralisée à tout le tractus uvéal.

Cette forme est remarquable par sa marche insidieuse. Tantôt elle débute brusquement, tantôt elle est précédée de photophobie, larmoiement, injection

ciliaire, douleurs péri-orbitaires, asthénopie accommodative. L'examen de l'œil révèle une injection péri-kératique, de l'augmentation de hauteur de la chambre antérieure, un trouble de l'humeur aqueuse, une parésie de l'iris relativement aux impressions lumineuses.

A l'éclairage oblique, on aperçoit sur la membrane de Descemet, un pointillé plus ou moins fin, pouvant, dans certains cas, envahir la moitié supérieure de la cornée, ainsi que la surface antérieure de l'iris et du cristallin. Ce pointillé, formé de cellules rondes, affecte une forme triangulaire, dont le sommet coïncide avec le centre de la papille. D'autres fois, la membrane de Descemet est intacte et le processus pathologique se localise seulement sur l'endothélium cornéen postérieur.

De plus, la papille se montre paresseuse et quelque peu dilatée ; l'iris a perdu sa motilité.

La chambre antérieure est un peu plus profonde qu'à l'état normal et l'humeur aqueuse rarement louche.

Mais si le processus inflammatoire envahit le segment postérieur du tractus uvéal, le corps vitré, à son tour, participe à l'infiltration uvéenne et l'on voit alors un trouble poussiéreux et parfois même des flocons membraneux rendant difficile l'examen ophtalmoscopique.

La tension du globe oculaire est un peu augmentée et peut, dans certains cas, atteindre des proportions de tension glaucomateuse.

Cette irido-cyclite séreuse pure est très rare ; on l'a

rencontrée 4 fois sur 215 cas d'ophtalmie sympathique. Elle n'est quelquefois que la première manifestation d'une forme plastique et peut se trouver associée à une papillo-rétinite légère. A l'état d'irido-cyclite pure, son pronostic est bénin et sous l'influence d'un traitement convenable, tous les symptômes disparaissent peu à peu, avec rétablissement presque complet des fonctions visuelles.

2° *Forme plastique.* — Il n'en est pas de même de la forme plastique plus fréquente, mais aussi plus grave. Comme la précédente, elle peut s'annoncer par des phénomènes irritatifs, mais, le plus souvent, elle s'installe sans signes prodromiques.

Le seul symptôme subjectif que présente généralement le malade atteint d'irido-cyclite plastique est, au début de l'affection, un trouble de la vue plus ou moins prononcé ; quelquefois, des symptômes d'irritation sympathique ont précédé l'irido-cyclite, sans que le malade s'en soit inquit.

Puis, au fur et à mesure que l'affection progresse, la vue s'affaiblit de plus en plus. Alors disparaissent les phénomènes objectifs.

Le cercle d'injection périkeratique apparaît, la palpation de la région ciliaire peut être douloureuse, l'humeur aqueuse se trouble, la face postérieure de la cornée est semée d'un fin pointillé et le vitré présente des flocons. Un certain degré de papillo-rétinite peut même être observé.

L'iris devient mat, décoloré, par suite de l'hyperhémie de ses vaisseaux et de l'exsudation inflammatoire. Ces exsudats ne tardent pas à le faire adhérer à la

surface du cristallin ; ce sont les synéchies, qui, bientôt, se multiplient de plus en plus. L'iris ne réagit plus alors aux mydriatiques. Si la soudure du bord de l'iris à la cristalloïde est incomplète, les parties libres sont repoussées dans la chambre antérieure, donnant l'iris en tomate. S'il n'y a plus de communication entre les deux chambres, la séclusion pupillaire est constituée ; on peut alors voir les exsudats fibreux s'entasser à la face antérieure du cristallin, amenant l'occlusion pupillaire par formation d'une véritable fausse membrane et même d'un pseudo-hypopyon.

Dès ce moment, l'examen ophtalmoscopique des milieux n'est plus possible, par suite de leur opacité ; la vision est nulle et le malade est quelquefois incapable de distinguer le jour de la nuit.

Par suite de la séclusion papillaire, l'humeur aqueuse s'accumule derrière l'iris, d'où refoulement de celui-ci et disparition de la chambre antérieure. Par la suite, l'angle irien s'obstrue et des accidents glaucomateux secondaires peuvent apparaître, provoquant des douleurs péri-orbitaires très pénibles. Cet état glaucomateux peut cependant rester latent.

La tension oculaire varie suivant les phases de la maladie. Au début, il peut y avoir une augmentation par suite de la rétention de l'humeur aqueuse derrière l'iris. Puis, après, la tension baisse, le globe devient de plus en plus mou et tend à s'atrophier.

Cette inflammation s'étend aussi aux membranes profondes : la choroïde, le nerf optique, la rétine, sont aussi lésés, le cristallin devient cataracté.

b) PAPILLO-RÉTINITE SYMPATHIQUE. — C'est là une forme rare. Elle peut précéder ou suivre les premières manifestations de l'irido-cyclite ou coïncider avec elle. Mais, dans certains cas de papillite, l'inflammation rétinienne n'est jamais précédée, accompagnée ou suivie de manifestations sur le tractus uvéal. Cette papillo-rétinite pure, d'origine sympathique, est assez rare ; il en existe une douzaine d'observations.

Elle se manifeste par une rougeur uniforme de la papille, dont les contours sont quelquefois impossibles à distinguer. Les vaisseaux sont altérés : les veines sont dilatées et les artères, au contraire, diminuées de volume ; ces troubles vaso-moteurs disparaissent ordinairement en quelques jours, après énucléation de l'œil sympathisant.

Il existe quelquefois un léger gonflement de la papille, une saillie de quelques fractions de millimètres.

Sur le nerf optique, on constate un trouble homogène, ainsi que sur la partie adjacente de la rétine.

La papille sympathique ne se révèle pas chez les malades par des symptômes spéciaux. Il y a de la diminution de l'acuité visuelle, pouvant aller parfois à l'amaurose, un rétrécissement du champ visuel, de la dyschromatopsie, une légère héméralopie.

Le pronostic de la papillo-rétinite sympathique existant à l'état isolé n'est pas grave, si l'on supprime à temps l'œil sympathisant. Il est à remarquer que, contrairement à l'irido-cyclite sympathique, où les récidives sont la règle, la papillo-rétinite sympathique n'est jamais sujette à rechute. D'après Schirmer, la

papillo-rétinite n'éclate jamais après l'énucléation de l'œil sympathisant.

En définitive, au point de vue clinique, la papillo-rétinite sympathique peut être classée dans les inflammations rétiniennes restant isolées depuis le début jusqu'à la fin et qui guérissent sans laisser aucune trace, ni sur la choroïde, ni sur la rétine, ni sur le nerf optique.

De cette étude clinique des manifestations sympathiques découle une différence très nette entre ce qu'on appelait l'irritation sympathique et l'ophtalmie sympathique proprement dite.

L'irritation sympathique se caractérise par de la photophobie, du larmoiement, de l'asthénopie, manifestations névropathiques purement fonctionnelles, souvent provoquées par le traumatisme du premier œil ou par la crainte de la perte du second et n'offrant en général aucune gravité.

L'ophtalmie sympathique, au contraire, est caractérisée par une lésion organique apparente. Anatomiquement, on trouve une infiltration cellulaire de l'endothélium postérieur de la cornée, des lésions de la choroïde, des dépendances ciliaires et iriennes de l'uvée et aussi parfois de la papille et du nerf optique.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Pronostic.

I. — Diagnostic.

De tout ce qui précède, et comme nous le verrons dans les observations recueillies, on peut en déduire que l'ophtalmie blennorragique sympathique se traduit par de la douleur, de la photophobie, une injection conjonctivale, l'apparition du cercle périkeratique, de la douleur de la région ciliaire et, au point de vue anatomique, par la présence de dépôts poussiéreux et pigmentés sur la face postérieure de l'endothélium de Descement. L'iris lui-même peut participer à l'inflammation et changer de couleur, par suite de l'hyperhémie de ses vaisseaux et des exsudats inflammatoires aboutissant à la formation de synéchies postérieures. Ajoutons à cela des lésions des membranes profondes, choroïde, rétine, nerf optique, cristallin, diminution et même perte de la vision, et nous aurons résumé les principaux symptômes de l'ophtalmie sympathique.

Or, nous retrouvons bon nombre de ces symptômes dans d'autres affections oculaires et en particulier dans l'iritis blennorragique.

COHEN-JONATHAN, dans sa thèse sur l'iritis blennorragique (Lyon, 1923), le définit en ces termes : le changement de coloration de l'iris, sa réaction paresseuse, l'apparition du cercle périkératique et l'injection conjonctivale, le rétrécissement de la pupille, la formation de synéchies postérieures, la diminution de l'acuité visuelle et enfin la douleur, voilà plus qu'il n'en faut pour faire un diagnostic d'iritis.

Nous retrouvons dans cette définition un certain nombre de signes déjà énumérés dans la symptomatologie de l'ophtalmie blennorragique sympathique. Aussi, allons-nous faire entre ces deux affections un diagnostic différentiel.

Cohen-Jonathan nous a montré l'iritis blennorragique comme une localisation métastatique de la blennorragie et coïncidant à peu près toujours avec une autre localisation métastatique du gonocoque, une arthrite en général.

Dans l'ophtalmie blennorragique sympathique, le point de départ est toujours une conjonctivite blennorragique et pour que la sympathie existe, il faut, comme on le verra dans les observations reproduites, qu'il y ait toujours perforation oculaire suivie d'une inflammation itra-oculaire généralisée.

De plus, dans l'ophtalmie blennorragique sympathique, on observe quelquefois une papillo-rétinite avec troubles du vitré, manifestations inconnues dans l'iritis blennorragique.

Dans cette dernière affection oculaire, l'agent inflammatoire est le gonocoque ou mieux sa toxine, son endotoxine. En est-il de même pour l'ophtalmie blennorragique sympathique ?

D'après GAMA PINTO, il est peu probable que le microbe de la blennorragie soit la cause directe de l'uvéite sympathisante et partant de l'inflammation transmise, puisque ce microbe pout de la propriété de provoquer des suppurations violentes, qui ne sont pas les plus propres à produire la sympathie. Dans aucun cas d'ophtalmie sympathique de provenance blennorragique, il ne s'agissait de cyclite suppurative de l'œil sympathisant et dans le seul où l'on ait constaté la présence du gonocoque dans l'iris et derrière le cristallin, il existait une fente purulente de la cornée, ayant été suivie de panophtalmie (Dinkler, p. 21).

Il paraît donc plus probable que la conjonctivite purulente ne joue d'autre rôle que celui d'agent perforant du globe, et que les propriétés sympathisantes reviennent à une source infectieuse spéciale indépendante du gonocoque.

En définitive, nous porterons le diagnostic d'ophtalmie sympathique lorsque, nous trouvant en présence des symptômes communs aux deux affections oculaires précitées (ophtalmie sympathique et iritis blennorragique), nous constaterons la présence d'une papillite nette avec troubles du vitré, l'absence de plasticité des troubles iriens et surtout l'absence de manifestations rhumatismales blennorragiques fréquentes, l'arthrite par exemple.

II. — Pronostic.

L'ophtalmie blennorragique sympathique comporte un pronostic très grave; dans l'œil sympathisé, qui est le siège de douleurs violentes, les lésions augmentent de plus en plus et si le traitement radical, l'énucléation de l'œil sympathisant, n'est pas pratiqué, la vision se perd dans l'œil sympathisé, il y a donc à ce moment-là, cécité complète.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement de l'ophtalmie sympathique comporte à notre avis deux parties :

- 1° Faire disparaître les causes de la sympathie;
- 2° Guérir l'œil sympathisé.

Nous avons vu que, pour qu'il y ait sympathie, il faut qu'il y ait perforation oculaire. Nous devons donc, chaque fois que nous nous trouverons en présence d'une conjonctivite blennorragique, lutter énergiquement contre le gonocoque et éviter la lésion grave principale : la perforation. Celle-ci, une fois établie, nous n'en continuerons pas moins le traitement de façon à enrayer les progrès de l'inflammation dont la propagation est encore mal connue.

Pour cela, nous avons à notre disposition plusieurs modes de traitement.

- 1° Nous nous attaquerons directement aux sécrétions conjonctivales de l'œil par des instillations de sels d'argent : *solution de nitrate d'argent* au 1/100

répétées une ou deux fois par jour (ne pas dépasser la dose de 3 p. 100 (ABADIE, VALLUDE); *Protargol* moins douloureux que le nitrate d'argent, mais moins actif; *Argyrol* dix fois moins bactéricide que le nitrate d'argent, ayant une action calmante sur la conjonctivite enflammée. Il doit être instillé toutes les heures ou toutes les trois heures (nuit et jour) en solution au 1/10°. Employé avec succès dans l'ophtalmie blennorrhagique de l'adulte, son effet n'en est pas moins toujours de beaucoup inférieur à celui donné par le nitrate d'argent.

2° Nous lutterons contre l'infection générale par des injections sous-cutanées de lait, de sérum et de vaccin antigonococcique.

a) GALACTOTHÉRAPIE. — C'est une méthode ancienne, non spéciale à l'ophtalmologie, mais qui a connu son plus grand succès dans le traitement des maladies oculaires et, en ce qui concerne la conjonctivite blennorrhagique, tous les auteurs qui ont pratiqué les injections de lait en sont satisfaits et déclarent qu'elles modifient le pronostic de cette maladie si grave chez l'adulte. Cependant, pour obtenir des résultats décisifs, il est nécessaire de commencer les injections dès le début de la maladie.

b) VACCINOTHÉRAPIE. — Nous avons à notre disposition plusieurs vaccins : Vaccin de Nicolle et Blaisot, Vaccin de l'Institut bactériologique de Lyon.

Le premier est le vaccin de l'Institut Pasteur, de Tunis, modifié par la formule de Dmégon, grâce aux communications de Nicolle et Blaisot, à l'Académie des Sciences. Ces boîtes renferment des ampoules de

vaccin antigonococcique fluoruré ou Dmégon de 1/2 cmc. qu'on dilue dans de l'eau physiologique (1 cmc. 1/2). On injecte le mélange dans les muscles de la fesse. L'injection peut être quotidienne dans les cas graves et l'on peut sans inconvénient injecter une dose dans chaque jour pendant sept jours.

Le deuxième vaccin est celui de l'Institut bactériologique de Lyon, émulsion dans l'eau physiologique (à 9/1000^e) de plusieurs souches de gonocoques. Chaque centimètre cube de vaccin renferme 4 milliards de germes et ce vaccin est livré par boîtes de 6 à 12 ampoules, renfermant chacune 2 centimètres cubes de vaccin.

Les injections se font dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-épineuse ou du flanc. La première injection sera de 1/2 cmc. et l'on continuera tous les jours en augmentant progressivement la dose à chaque injection jusqu'à 2 cmc. si le malade a bien supporté les injections précédentes.

c) SÉROTHÉRAPIE. — La plupart des ophtalmologistes sont encore sceptiques quant aux résultats de la sérothérapie. Cependant on ne doit pas la négliger.

Elle a été mentionnée pour la première fois en 1912 par Velez d'Amérique (il avait employé le sérum antigonococcique de Mulfort). Il s'en était déclaré très satisfait.

GALENGE et COLOMBO, en 1914, recommandaient les instillations de sérum antigonococcique.

MORAX et DUPUY-DUTEMPS, en France, préconisent

le sérum de Stérian et, en 1921, rapportent quelques cas de son emploi ayant donné des résultats excellents. Mais ce sérum a des inconvénients assez graves, les injections sont très douloureuses et provoquent une forte réaction; actuellement, il est reconnu que ce sérum ne constitue nullement un sérum spécifique.

A la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, on emploie le sérum antigonococcique de l'Institut bactériologique de Lyon.

Si tous ces différents modes de traitement échouent et que, la perforation existant, les manifestations sympathiques augmentent, le seul remède qui reste alors, est l'énucléation; c'est ce qui découle de toutes les observations recueillies. Ainsi cessera la cause de la sympathie; en continuant le traitement précédemment exposé et en y adjoignant même un traitement mercuriel (cyanure de mercure, dans l'observation I) on verra peu à peu l'œil sympathisé guérir complètement.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Nous rapportons six observations, dont une personnelle, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Rollet.

OBSÉRVATION (personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

Conjonctivite gonococcique de l'œil gauche. Perforation cornéenne et prolapsus irien, ophtalmie sympathique au 35^e jour (Descemétite, uvéite, papillite). Vision conservée V = I.

Charlotte K..., 19 ans, entrée à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, le 13 février 1925.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Règles douloureuses depuis longtemps, pertes blanches abondantes datant de 2 ans environ. Début de l'affection actuelle, le 11 février 1925, par une légère sensation de cuisson à la paupière supérieure gauche, œdème palpébral le 12 février au matin avec douleurs violentes et suppuration abondante se reproduisant très facilement.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 13 février au soir.

Examen le 14 février. Œdème palpébral gauche et chémo-

sis, suppuration très abondante, troubles nuageux de la cornée à la partie inférieure; rien à l'œil droit.

Examen bactériologique (D^r COLRAT) : gonocoques dans la sécrétion palpébrale.

La malade est immédiatement traitée par des instillations quotidiennes de nitrate d'argent et d'argyrol, par des injections sous-cutanées de lait, de sérum et de vaccin antigonococcique de l'Institut bactériologique de Lyon.

14 février. — Injections de : 2 cmc. de lait ; 1/2 cmc. de vaccin antigonococcique.

15 février. — Injections de : 10 cmc. de sérum antigonococcique ; 1/2 cmc. de vaccin antigonococcique.

16 février. — Injection de : 10 cmc. de sérum antigonococcique ; 1/2 cmc. de vaccin antigonococcique.

17 février. — Injection de : 10 cmc. de sérum antigonococcique.

18 février. — Injection de : 2 cmc. de lait; 10 cmc. de sérum antigonococcique.

19 février. — Injection de : 1 cmc. 1/2 de vaccin antigonococcique.

En dépit d'un traitement intense, nitrate d'argent, argyrol, injections de lait, de sérum et de vaccin antigonococcique, instillations de vaccin dans le sac conjonctival, la maladie a fait aujourd'hui une perforation de la partie inférieure de la cornée avec hernie de l'iris.

20 février. — Injection de : 2 cmc. de lait.

21 février. — Injection de : 1 cmc. 3/4 de vaccin antigonococcique.

23 février. — Injection de : 2 cmc. de vaccin antigonococcique.

30 mars. — A la suite de la perforation oculaire, les douleurs de l'œil gauche ont cessé, la cicatrisation s'est faite progressivement et l'œil gauche n'est actuellement plus douloureux. V. O. G. = Vision quantitative.

Mais, depuis trois ou quatre jours, la malade signale de vagues douleurs de l'œil droit; la conjonctivite est un peu injectée. Ces premiers phénomènes sont donc survenus environ 35 jours après la perforation oculaire. Il est à noter que les pertes blanches que présentait la malade ont considéra-

blement diminué sous l'influence de la vaccinothérapie et de la sérothérapie antigonococcique. Pas d'arthrite, aucun autre symptôme.

31 mars. — Œil gauche non douloureux à la pression. La malade a eu, la nuit dernière, des douleurs péri-orbitaires à droite. L'œil droit présente un cercle périkeratique net. La palpation de la région ciliaire est nettement douloureuse et révèle une légère hypotonie. A l'éclairage latéral de Gullstrand, après atropinisation, on constate, à la face postérieure de l'endothélium de Descemet, la présence de dépôts poussiéreux et pigmentés sous la forme de grains extrêmement fins répartis sans ordre. Pas de dépôts punctiformes du type de l'iritis de la séreuse, l'iris n'a rien et n'a pas changé de teinte. La dilatation est maxima. L'examen du fond d'œil montre une papille uniformément rouge à vaisseaux dilatés. Il existe en outre un trouble poussiéreux du vitré. — V. o. d. = 2/3 champ visuel normal.

1^{er} avril. — Injection de : 2 cmc. de lait.

3 avril. — Injection de 2 cmc. de lait.

Etat stationnaire ; la malade souffre un peu, mais la vision n'a pas baissé. Traitement par les mydriatiques et la galactothérapie.

5 avril. — La malade a souffert davantage la nuit dernière. Aujourd'hui l'injection périkeratique a nettement augmenté et il s'est formé une synéchie vers 17 heures. Légère baisse de la vision. V. o. d. = 1/3.

6 avril. — Enucléation de l'œil gauche sous anesthésie.

9 avril. — La malade présente toujours une légère injection périkeratique. La synéchie constatée a été rompue sous l'influence des mydriatiques ; légères douleurs. On a commencé le lendemain de l'enucléation des injections intra-veineuses de mercure et de néosalvarsan.

13 avril. — Injection de : 2 cmc. de lait.

14 avril. — Injection de : 1 cmc. de Hg. Cy.

Il existe toujours une injection périkeratique dont le degré varie d'un jour à l'autre. Les douleurs ont disparu. L'examen ophtalmologique montre la persistance d'une papillite nette avec trouble nuageux du vitré. V. o. d. = 2/3.

15 avril. — Injection de : 2 cmc. de lait.

16 avril. — Injection de : 1 cmc. de Hg. Cy.

17 avril. — Injection de : 2 cmc. de lait.

18 avril. — Injection de : 1 cmc. de Hg. Cy.

20 avril. — Injection de : 1 cmc. de Hg. Cy.

22 avril. — Injection de : 1 cmc. de Hg. Cy.

23 avril. — V. o. d. = 1. Persistance d'un léger cercle péricératique sans douleurs.

Au Gullstrand. — Les dépôts pigmentaires et poussiéreux sur la face postérieure de la cornée ont sensiblement diminué. On trouve en outre sur la cristalloïde antérieure des dépôts pigmentaires de tailles diverses. L'iris lui-même ne présente aucun trouble. Papille toujours rouge.

26 mai. — V. o. d. = 1. Disparition totale de la rougeur oculaire. Persistance d'une papillite.

Examen anatomo-pathologique par M. le docteur Bussy, chef du laboratoire de la Clinique.

Œil sympathisant.

Fixation formol acétique. Coloration : hémateïne, éosine, Mallory. Globe oculaire hypotone, légèrement ficelé. Large prolapsus de l'iris.

Sclérotique. — Normale, très discrète infiltration de petites cellules, inflammation intense des vaisseaux perforants.

Cornée. — Montre partout des signes légers d'inflammation chronique avec néo-vaisseaux. Présente de plus, à 2 m/m du limbe environ, une large ulcération perforante totale comblée par une hernie irienne. Cette ulcération montre des lésions nécrotiques banales et à la périphérie des processus actifs de réparation.

Cristallin. — Absent, n'est plus représenté que par quelques débris de la cristalloïde.

Iris. — Les 2/3 de l'iris sont presque intacts et collés à la face postérieure de la cornée. On constate simplement à ce niveau quelques petites hémorragies et une infiltration minime de petites cellules inflammatoires assez régulièrement dispersées en une nappe uniforme.

Au niveau du tiers prolabé, l'iris présente d'intenses lésions nécrotiques banales comme au niveau de toute hernie à travers un ulcère cornéen. Il n'y a là aucun élément spécifique.

Corps ciliaire. — Là encore, les lésions sont minimales et consistent en infiltrations discrètes de petites cellules inflammatoires, surtout abondantes sous la couche pigmentaire.

Au niveau du prolapsus irien, le corps ciliaire participe à la hernie et subit les mêmes processus de nécrose.

Choroïde. — Les lésions sont extrêmement intenses dans la choroïde et cela d'autant plus qu'on se rapproche davantage du pôle postérieur. Autour de la papille, la choroïde est décuplée d'épaisseur et son architecture est complètement bouleversée par l'apport d'innombrables petites cellules inflammatoires disposées en nappes régulières et non en foyers. Ces cellules mononucléées, rondes, à protoplasma plus abondant, appartiennent presque toutes au type lymphocyte ; quelques-unes ont un protoplasma un peu plus abondant et bourré de granulations éosinophiles. On ne trouve nulle part de cellules géantes, les polynucléaires sont extrêmement rares. Il n'y a pas de globules de pus, pas d'hémorragies interstitielles, pas d'exsudation de liquide ou de substance intercellulaire quelconque ; on ne remarque en aucun point des vaisseaux de nouvelle formation, pas plus que d'hyperplasie de tissu conjonctif adulte même ébauché.

Rétine. — La rétine est saine dans son ensemble, elle a gardé presque partout le contact avec l'épithélium pigmentaire, elle ne présente que de banales lésions inflammatoires de voisinage.

Papille. — Là aussi les lésions sont très minimales, le nerf optique paraît normal. On constate simplement au niveau de ses gaines et dans les espaces interfasciculaires quelques cellules mobiles du tissu conjonctif dont le nombre et la disposition sont simplement en rapport avec la phlegmatie du voisinage.

En résumé, ulcère perforant de la cornée, hernie de l'iris et du corps ciliaire avec lésions nécrotiques banales localisées à ce niveau. *Iridocyclite légère, choroïdite intense de type spécial avec infiltration en nappe de petites cellules inflammatoires mononu-*

cléées à protoplasma rare ou chargé de granulations éosinophiles. Cette choroïdite est surtout de type postérieur. Les lésions sont bien celles que les descriptions classiques de Fuchs et Axenfeld ont signalé dans les yeux sympathisants.

OBSERVATION II

(GAYET et VIGNAUX)

Ophthalmie des nouveau-nés. perforation cornéenne à droite par abcès. Staphylôme. Ophthalmie sympathique avec leucome. Enucléation. Vision à peu près complète de l'œil gauche.

Enfant D..., âgé de 11 mois, opéré en ville par M. le Professeur GAYET.

L'enfant avait une ophthalmie des nouveau-nés, tout allait bien, mais les soins médicaux furent interrompus trop tôt, et, un jour qu'on le croyait guéri, on constata une large perforation à travers un abcès de la cornée de l'œil droit. La projection de l'iris contre l'ouverture cornéenne enraya l'abcès ; pendant ce temps, l'autre œil surveillé n'était le siège que d'une sécrétion insignifiante ; il semblait guéri. Mais six semaines après, on constata dans cet œil une petite infiltration purulente cornéenne en forme de ligne transversale ; un jour même, la chambre antérieure fut trouvée pleine d'un exsudat, qui masquait la pupille et semblait joindre l'iris à la face postérieure de la cornée. Cette fausse membrane qui fit d'abord notre désespoir (l'autre œil étant déjà perdu), était pourtant un moyen de salut. Elle établit, entre l'iris et la cornée si malade, une vascularisation dont nous pûmes suivre le développement et grâce à laquelle le processus destructeur fut enrayé. Il restait de graves inquiétudes sur le sort de l'iris et de la pupille sur la probabilité de larges adhérences centrales, mais il était permis d'espérer, soit en la possibilité

d'opérations ultérieures, soit même dans la puissance de résorption qui existe chez tous les petits enfants.

C'est cette dernière alternative qui s'est réalisée, et pendant que l'œil droit guérissait avec une large cicatrice, dont l'iris formait la base, nous avions la satisfaction de voir dans l'œil gauche l'exsudat se résorber peu à peu, la pupille réapparaître, devenir libre et noire (effet remarquable de résorption).

Un large leucome avec un point central très saturé correspondait au point qui avait été vascularisé et qui se trouvait en projection sur le bord inféro-interne de la pupille.

Ici commence tout l'intérêt de cette observation au point de vue de la sympathie. En effet, pendant les mois qui suivirent, un staphylôme presque total ne tarda pas à se développer à droite, et l'enfant parut en proie à des douleurs persistantes qui le rendaient quinteux et semblaient même influencer son développement physique. Heureusement pour lui, sur un point aminci de son staphylôme, une fistule s'ouvrait de temps en temps et à chaque détente l'état local et général semblait s'améliorer. Dès ce moment, nous reconnûmes son influence évidente sur la résorption du leucome gauche. Cette résorption était évidente tout le temps que le staphylôme restait affaissé, tandis que la saturation augmentait pendant les périodes de tension.

Dès ce moment, M. le professeur GAYET songea à l'énucléation, sentant trop bien son impuissance à guérir l'œil droit où la vision était absolument nulle. Il eut quelque peine à faire accepter ce dernier sacrifice aux parents déjà fatigués de voir un traitement déjà si long et pénible pour l'enfant. Mais l'influence néfaste de l'œil droit sur l'œil gauche devint si évidente, même pour eux, qu'ils finirent par s'y résoudre.

L'opération fut pratiquée au milieu de l'été de 1876 (pièce n° 100 de la collection ophtalmologique de M. GAYET).

Les résultats furent on ne peut plus simples et on ne peut plus rapides. Depuis cette époque, l'enfant s'est transformé, il s'est développé. Il a repris l'entrain et la gaieté ; mais l'effet le plus remarquable s'est encore produit sur le leucome gauche. La résorption a commencé par les bords, elle a gagné sans interruption vers le centre et aujourd'hui, 3 décembre

1876, cette énorme tache est réduite à un point de deux millimètres de diamètre, occupant la place signalée déjà et ne pouvant gêner la vision que d'une façon très secondaire.

Il est certain pour tous que l'enfant jouit de facultés visuelles très étendues, bien qu'on voit encore son œil exécuter ces mouvements désordonnés que provoquent toujours les taies de la cornée.

Nota. — L'atropine, dont on se servait au début du traitement était très difficile à employer, parce qu'une instillation de 4 à 5 gouttes mettait le malade dans un coma léger avec un peu de cyanose, et ces symptômes d'empoisonnement persistaient pendant 4 ou 5 jours.

Résultat éloigné. — Juin 1877. — Onze mois après l'énucléation, persistance et progrès de la guérison ; l'acuité visuelle a augmenté, il reconnaît les personnes à une certaine distance ; l'enfant commençant à marcher se dirige très bien du côté de l'objet qu'il désire et placé à 4 ou 5 mètres.

OBSERVATION III

(FAUCHARD)

Conjonctivite blennorragique avec perte de la vision. Ablation du segment antérieur. Ophtalmie sympathique quatre mois après. (Troubles du vitré, papille voilée, Descémétite). Enucléation : guérison complète.

Un jeune homme de 19 ans avait perdu l'œil gauche à la suite d'une conjonctivite blennorragique pour laquelle il n'avait reçu que des soins tardifs et insignifiants. Il était resté de ce côté un leucome complet staphylomateux très volumineux, fort disgracieux à voir, qui distendait les paupières et entretenait toujours de ce côté une certaine irritation. L'œil droit était sain et normal ; le malade désirait vivement cacher sa difformité en portant un œil artificiel, et ce fut

surtout pour répondre à ce désir que je me décidai à pratiquer l'ablation du segment antérieur. Le procédé de CRITCHETT, avec fils à travers la sclérotique, fut employé. La guérison se fit en laissant un superbe moignon, parfaitement mobile, sur lequel fut adapté un œil artificiel.

Quatre mois après, le malade revint me trouver. Depuis quelques jours il éprouvait de la photophobie et quelques douleurs dans l'œil droit. Je constatai une légère injection périkeratique. Je fis enlever l'œil artificiel, le moignon était intact, sans hyperhémie conjonctivale, mais pourtant un peu douloureux à la pression. Je conseillai de ne plus porter pendant quelque temps l'œil artificiel. Néanmoins, trois jours après cette visite, l'injection périkeratique augmentait à droite et la vision commençait à devenir confuse.

A l'ophtalmoscope, le corps vitré paraissait troublé dans les parties les plus profondes, la pupille était voilée. A l'éclairage oblique de fins exsudats apparaissaient en certains points sur le bord pupillaire et l'on découvrait un léger pointillé sur la membrane de DESCMET. Nul doute, une ophtalmie sympathique venait de se déclarer.

J'étais d'avis de pratiquer immédiatement l'énucléation du moignon, mais le malade s'y refusa. Des instillations d'atropine et des frictions mercurielles furent prescrites, mais sans résultats appréciables ; la situation s'aggravait tous les jours. Enfin, huit jours après le début des accidents sympathiques, contraint par la gravité de la situation, le malade se résigna à l'opération.

Malgré l'ablation du moignon, pendant les quelques jours qui suivirent, la situation sembla s'aggraver et on eût pu croire au premier abord que l'influence de l'opération avait été plus nuisible qu'utile. A ce moment, le corps vitré était entièrement trouble et ne permettait pas d'apercevoir les membranes profondes.

L'œil, très sensible à la lumière, larmoyait et supportait difficilement le moindre examen. Le centre de la pupille était encore libre, mais ses bords étaient envahis par des exsudats ramifiés dans tous les sens. L'atropine ne donnait qu'une dilatation incomplète et irrégulière.

C'est alors que je commençais à faire des frictions mercu-

rielles à la dose de 6 grammes par jour et simultanément une transpiration tous les 2 jours, des instillations répétées d'atropine, séjour absolu dans une chambre obscure. Ce ne fut qu'extrêmement lentement, après 3 mois de ce traitement, que l'amélioration se prononça nettement. La pupille se dégagait, le corps vitré s'éclaircit, et finalement une guérison complète survint.

OBSERVATION IV

(HIDEUX)

Ophthalmie blennorragique avec perte de la vision. Ophthalmie sympathique avec staphylôme cornéen total enflammé à gauche et irido-choroïdite plastique à droite. Vision à peu près conservée, après énucléation.

E... J..., 35 ans, O. g.-staphylôme cornéen total enflammé.
— O. d. Irido choroïdite plastique.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — En 1888, est atteint au régime d'une ophthalmie blennorragique qui détermine la perte de la vision de l'œil gauche. Une opération est pratiquée sur l'œil gauche pour rendre au malade un peu de vision.

Peu après éclatent sur l'œil droit des douleurs violentes en même temps que des troubles de la vision. Les accidents eurent une marche rapide : en trois semaines, le malade avait presque complètement perdu la vision de l'œil droit ; le malade est renvoyé dans ses foyers, pouvant difficilement se conduire.

En 1897, neuf ans après le début, le malade se présente à l'hôpital. Les douleurs, dit-il, n'ont jamais complètement disparu ; périodiquement elles recommencent plus intenses sur l'œil gauche, puis elles se propagent à l'œil droit ; elles sont suivies chaque fois d'un affaiblissement plus marqué de la vision. Le malade souffre actuellement d'une crise douloureuse.

20 septembre 1897. — O. g. = staphylôme cornéen total

enflammé. — O. d. = Tension légèrement diminuée. Cornée transparente. Iris bombé en avant, déprimé en son centre. Synéchie postérieure totale. Iris légèrement décoloré et tigré. Champ papillaire encombré d'exsudats présente une couleur gris bleuâtre. Le cristallin forme une masse gris bleu qui ne permet pas de voir le fond d'œil. Traitement médical institué : frictions mercurielles et compresses chaudes.

23 septembre. — L'énucléation de l'œil gauche est pratiquée.

Dans les 15 jours suivants, les douleurs diminuent et disparaissent entièrement.

Depuis, le malade a été revu chaque année ; les poussées inflammatoires ne se sont plus reproduites sur l'œil droit ; la vision s'est maintenue, le malade continue de pouvoir se conduire difficilement.

OBSERVATION V

(LAGRANGE)

Ophtalmie blennorragique avec ulcération de la cornée et hernie de l'iris. Ophtalmie sympathique (uvéïte) 3 mois après.

Lagrange présente un malade de 24 ans, issu de parents tuberculeux, peu robuste lui-même, qui contracta en août dernier une première blennorragie qui guérit en deux mois.

Le 4 janvier 1902, deuxième blennorragie suivie d'ophtalmie purulente du côté gauche. Dix jours après le début de l'accident oculaire, le malade entre à l'hôpital. Il existe à ce moment une ulcération de la cornée avec hernie de l'iris. Le 24 mars, on incise l'iris et le malade quitte l'hôpital, mais il y revient il y a trois jours pour des accidents du côté de l'œil opposé. A ce moment, l'œil gauche (sympathisant) a une acuité de 1/40 ; il est difficilement éclairable, il y a peu d'iritis, mais une choroïdite intense, la papille est invisible, la tension normale. L'œil droit a une acuité de 1/5, il existe des traces d'iritis. Le corps vitré est sale, la paille voilée, il y a

de la chorio-rétinite ; la tension est à peu près normale. Pas de douleur, celle-ci existe du côté opposé. Pas de syphilis. LAGRANGE couclut à une uvéite gonococcique gauche, suivie, un mois après, d'une uvéite sympathique de l'œil droit. Il demande la meilleure conduite à tenir en pareil cas au point de vue thérapeutique, l'énucléation d'un œil, qui y voit encore, lui paraissant un peu osée.

Discussion. — ARMAIGNAC croit que l'enclavement de l'iris peut être considéré comme la cause de l'ophtalmie sympathique. Avant donc de pratiquer l'énucléation de l'œil gauche, on pourrait faire un dégagement de l'iris enclavé et instituer, malgré l'absence d'accidents syphilitiques, un traitement mercuriel local, celui-ci donnant des résultats dans les chorio-rétinites infectieuses.

MARTIN. — Il s'agit bien, dans le cas présenté, d'ophtalmie sympathique, pour laquelle on pourrait invoquer la théorie microbienne par migration. L'œil gauche, bien qu'il n'ait qu'une acuité de 1/40, doit être conservé pour le moment.

Il y aurait lieu de pratiquer des injections mercurielles générales et locales et, comme adjuvant, des injections de pilocarpine. (*Journal Médical de Bordeaux.*)

OBSERVATION VI

(GAMA PINTO)

Conjonctivite purulente. Perforation cornéenne. Ophtalmie sympathique sept semaines après (uvéite). Amélioration marquée.

Le 24 septembre, une jeune fille, âgée de 22 ans, se présente à la Clinique, avec une conjonctivite purulente de l'œil gauche. La provenance de la maladie est inconnue, mais sa nature spécifique ne laisse aucun doute ; elle offre tous les caractères cliniques d'une affection blennorragique et le microscope révèle dans le pus des gonococci nombreux et typiques.

Lors de la première consultation, la cornée était déjà détruite et éliminée, laissant l'iris à découvert.

Les lavages antiseptiques et l'emploi du nitrate d'argent parvinrent à tarir la sécrétion à bref délai ; l'iris se couvrit d'une couche cicatricielle et le globe oculaire fut frappé de phtisie.

Le 11 novembre, environ sept semaines après la première consultation, l'œil restant toujours mou et douloureux à la pression, on aperçoit sur le congénère les premiers signes d'une uvéite, photophobie, rougeur, nombreux dépôts pointillés sur la face postérieure de la cornée, trouble de l'humeur aqueuse et de l'iris, synéchies postérieures. Aucune douleur, ni spontanément, ni à la pression. Tension du globe normale. Enucléation de l'œil sympathisant et établissement du traitement usuel par l'atropine et les frictions mercurielles.

Le 31 mars. — Pendant les quatre mois et demi écoulés depuis l'éclosion de la maladie, elle a offert la ténacité et les alternatives propres à la plupart des affections uvéennes d'origine sympathique.

Actuellement on constate une séclusion pupillaire ; l'iris est bombé, un peu bosselé, la cornée moins trouble et entourée d'une injection moins vive, la tension augmentée. La malade, trop encline à des stomatites mercurielles, n'a pas suivi les prescriptions à la lettre ; elle n'a pu faire que 76 frictions à l'onguet napolitain.

On tente une iridectomie, mais on n'y réussit pas, le tissu iridien étant friable et se déchirant entre les griffes de la pince.

Ces tentatives ont pourtant rétabli, tant soit peu, la communication entre les deux chambres et contribué à régulariser la tension intraoculaire. Ceci permit d'exécuter, deux semaines après, une excision large de l'iris qui fut d'un effet salutaire.

La condition indispensable pour que la sympathie s'établisse est, ici comme ailleurs, qu'il y ait une perforation du globe suivie d'une inflammation intraoculaire généralisée. S'agit-il ici d'une infection spécifique de l'œil par le gonocoque comme cause immédiate de la sympathie, ou faut-il faire rentrer tous ces cas spéciaux dans la règle générale, c'est-à-dire attribuer toutes les inflammations sympathiques sans exception, à une cause unique, quel que soit le mécanisme de la perforation du globe ?

Il est peu probable que le microbe de la blennorrhagie soit la cause directe de l'uvéite sympathisante et, partant, de l'inflammation transmise, puisque ce microbe jouit de la propriété de provoquer des suppurations violentes qui ne sont pas les plus propres à produire la sympathie. Dans aucun cas d'ophtalmie sympathique de provenance blennorrhagique il ne s'agissait de cyclite suppurative de l'œil sympathisant et dans le seul où l'on ait constaté la présence du gonocoque dans l'iris et derrière le cristallin il existait une fente purulente de la cornée ayant été suivie de panophtalmie. (Dinkler, p. 21).

D'après ce fait, il est plus probable que la conjonctivite purulente ne joue d'autre rôle que celui d'un agent perforant du globe et que les propriétés sympathisantes reviennent à une source infectieuse spéciale indépendante du gonocoque.

CONCLUSIONS

I. — Si, par ophtalmie sympathique, on entend l'inflammation d'un œil jusque-là sain, sous l'influence de son congénère le plus habituellement traumatisé, on peut voir cependant une phlegmasie du second œil évoluant sous l'influence d'une cause organique comme la blennorrhagie par exemple.

II. — Dans toute ophtalmie sympathique, il y a lieu d'examiner les signes tirés de l'œil sympathisant et de l'œil sympathisé. Une perforation cornéenne, suite d'ophtalmie gonococcique, sera le point de départ des accidents de l'œil dit sympathisant. Les phénomènes présentés par l'œil sympathisé consisteront en irido-cyclite plastique ou séreuse et en papillo-rétinite.

III. — L'ophtalmie sympathique d'origine gonococcique est survenue 35 jours après la perforation cornéenne dans l'observation recueillie dans la Clinique de M. le Professeur Rollet; dans d'autres cas, elle est survenue 4 mois après, en moyenne 2 à 3 mois après.

IV. — S'agit-il d'une ophtalmie sympathique de nature blennorrhagique, d'une infection spécifique de

l'œil par le gonocoque comme cause immédiate de la sympathie, ou faut-il attribuer toutes les inflammations sympathiques sans exception à une cause unique; c'est ce qu'il est difficile de préciser aujourd'hui. Du reste la pathogénie de l'ophtalmie sympathique est actuellement encore imprécise.

En tous cas, pour que la sympathie se produise, il faut, semble-t-il, lors d'ophtalmie blennorragique, une perforation cornéenne.

V. — On pourra hésiter entre le diagnostic d'iritis gonococcique ou d'ophtalmie sympathique. Dans notre cas le doute n'était guère possible en raison de phénomènes iriens auxquels s'ajoutaient des troubles du vitré, une papillite et l'absence d'arthrite concomitante.

IV. — Le traitement consistera, dès l'apparition des symptômes certains d'ophtalmie sympathique, dans l'énucléation de l'œil blennorragique.

Quant à l'œil sympathisé, on surveillera les phénomènes iriens à l'aide des mydriatiques et on administrera une médication générale consistant en galactothérapie, sérothérapie, vaccinothérapie. Injections mercurielles ou de néosalvarsan peuvent être indiquées et, grâce à cette thérapeutique, on peut avoir comme chez notre malade, la récupération visuelle de l'œil sympathisé.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROLLET

Lyon, le 25 novembre 1925,
Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHER. — Ophtalmie sympathique consécutive aux ossifications intra-oculaires. (*Thèse de Lyon*, 1921).
- BARTELS. — Traitement de la conjonctivite gonococcique par le lait. (*Société des oculistes rhénans et westphaliens* 12 nov. 1922), à Dusseldorf. (*Klin. Wochenschrift. für Augen*, nov. 1922).
- BUSSY. — Les injections de lait en thérapeutique oculaire. (*Journal de Médecine de Lyon*, mars 1922).
- CHAILLONS. — Du traitement de l'ophtalmie sympathique par le Salvarsan et le Néo-Salvarsan. (*Bulletin et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie*, 1913, p. 367).
- COHEN-JONATHAN. — De l'iritis blennorragique. (*Thèse de de Lyon*, 1923).
- DINKLER. — *Archiv. für ophtalm.*, 1888, vol. 34, p. 21).
- FAUCHARD. — Réflexions sur 4 cas d'ophtalmie sympathique. (*Archives d'ophtalmologie*). (*Thèse de Paris*, 1885).
- GAMA-PINTO. — Affections sympathiques. (*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, 1906. T. V. Paris, page 235).
- GAYET in VIGNAUX. — De l'énucléation dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. Résultats immédiats et éloignés de 90 cas observés et traités dans les hôpitaux de Lyon avec un tableau des suites des 207 énucléations. (*Thèse de Paris*, 1877).
- HIDEUX. — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique (*Thèse de Paris*, 1902).

LAGRANGE. — Uvéite gonococcique et ophtalmie sympathique. (*Société de Médecine de Bordeaux*, 9 mai 1902), et *Revue générale d'ophtalmologie*, 1902, page 457).

NICOLLE et BLAIZOT. — Un vaccin antigonococcique atoxique. Son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications. (*Académie des Sciences*, 6 octobre 1913).

OFFRET. — Trente-deux cas d'ophtalmie gonococcique traités par le vaccin de NICOLLE et BLAIZOT. (*Annales d'oculistique*, 1924. Vol. 151 p. 89).

PANAS. — Névrite optique d'origine blennorragique. (*Presse Médicale*, février 1895).

ROLLET et AURAND. — Névrite optique et ophtalmie sympathique expérimentale. (*Revue générale d'ophtalmologie*, février 1909) ;

ROLLET et AURAND. — Recherches expérimentales sur les infections oculaires par le gonocoque. (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1912).

SAUVINEAU. — Le vaccin antigonococcique et les complications de la blennorrhagie. (*Clin. ophtalm.*, p. 458 -- 1919).

TEULIÈRE. — Les stock-vaccins en ophtalmologie. (*Archives d'ophtamologie*, p. 619, octobre 1923).

— La vaccinothérapie et la sérothérapie en ophtalmologie. (*Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1924).

TABLE DES MATIERES

Chapitre Premier. — Définition et historique....	7
Chapitre II.— Pathogénie	11
Chapitre III.— Symptomatologie.....	17
Chapitre IV.— Diagnostic et pronostic.....	26
Chapitre V.— Traitement	31
Chapitre VI.— Observations.....	35
Conclusions	49
Bibliographie.....	51
